

Travail de santé et normativité

Dominique Cau-Bareille ¹

Dominique Lhuilier ²

Simon Viviers ³

RÉSUMÉ

À partir d'une analyse ergonomique et psychosociologique du travail, cet article vise à expliciter le concept pluriel de normativité dans le domaine de la santé au travail. Après avoir dressé une critique de la normativité *managériale* qui domine les approches de prévention, nous définirons les liens qui unissent normativité, santé et travail à partir d'une théorisation de l'activité de travail. Puis, nous proposerons une définition du « travail de santé » relevant d'un processus de construction de la santé aux prises avec les conditions de vie, les exigences du travail, les éléments de contexte, les marges de manœuvre. Cette construction suppose des arbitrages complexes entre les objectifs productifs et les objectifs constructifs et nécessite souvent des régulations se jouant à la fois dans et hors du cadre du travail. Nous illustrerons cette théorisation au travers d'une recherche sur l'activité enseignante dans le contexte de la pandémie COVID-19.

MOTS-CLÉS : Normativité, santé, activité, COVID-19

ABSTRACT

Based on an ergonomic and psychosociological analysis of work, this article aims to clarify the plural concept of normativity in the field of occupational health. After having drawn up a critique of the managerialist normativity that dominates prevention approaches, we will define the links that unite normativity, health and work based on a theorization of work activity. Then, we will propose a definition of "health work" arising from a health construction process grappling with living conditions, work requirements, contextual elements, leeway. This construction presupposes complex trade-offs between productive and constructive objectives and often requires regulations being played out both inside and outside the work environment. We will illustrate this theory through research on teaching activity in the context of the COVID-19 pandemic.

KEYWORDS : Normativity, Health, Activity, COVID-19

¹ Maîtresse de conférences en Ergonomie à l'Institut d'Études du Travail de Lyon, membre du laboratoire Éducation, Cultures et Politiques (ECP) de l'université Lyon 2, France.

² Professeure émérite de psychologie du travail au Centre de recherche sur le travail et le développement, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris, France.

³ Professeur agrégé en sciences de l'orientation à la Faculté des sciences de l'éducation de Québec (Québec), membre du Centre de recherches et d'interventions sur l'éducation et la vie au travail (CRIEVAT)

Introduction

La santé et la sécurité des travailleur·euses constituent un enjeu politique important à l'échelle mondiale et fait l'objet d'une pléthore de programmes d'organismes internationaux, comme l'Organisation des Nations unies et l'Organisation internationale du Travail (p. ex., *Agenda du travail décent*). Malgré l'encadrement légal fort dont ils font l'objet dans les pays occidentaux comme la France ou le Canada, les problèmes de santé au travail sont toujours un sujet de préoccupations importantes sur les plans social, politique et même économique, notamment avec l'essor des problèmes de santé mentale au travail.

Le droit, comme source de normativité, constitue certes un levier majeur pour orienter les conduites en matière de santé et sécurité du travail. Mais comme le soulignent les directeurs de ce numéro spécial, ces obligations générales ne peuvent être appliquées et respectées que si d'autres types de régulations normatives et infra-normatives sont pris en compte, avec en premier lieu celles issues de l'organisation du travail elle-même qu'il importe préalablement de questionner et de comprendre.

À partir d'une approche clinique du travail inspirée par la psychosociologie du travail et par l'ergonomie de l'activité de langue française, cet article vise à contribuer à l'objectif de mieux comprendre et d'explicitier le concept pluriel de normativité dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail. Après avoir dressé une critique de la normativité *managériale* qui domine les approches de prévention en matière de santé au travail ces années-ci, nous définirons les liens qui unissent normativité, santé et travail à partir d'une théorisation de l'activité de travail. Puis, nous proposerons une définition du « travail de santé », relevant d'un processus de construction de la santé aux prises avec les conditions de vie, les exigences du travail, les éléments de contexte, les marges de manœuvre. Nous montrerons que cette construction suppose des efforts, des gestes, des règles qui régulent les actions au travail, des arbitrages complexes entre les objectifs productifs et les objectifs constructifs qu'il convient donc de comprendre si l'on souhaite saisir la normativité dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail. De manière plus invisible, elle nécessite souvent des régulations se jouant hors du cadre du travail qui échappent à l'analyse traditionnelle du travail. Enfin, nous illustrerons cette théorisation au travers d'une recherche sur l'activité enseignante dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

1. Une critique de la normativité managériale en matière de santé au travail

Malgré la quantité de recherches qui ont montré comment les modes actuels d'organisation du travail peuvent contribuer à la détérioration de la santé des travailleur·euses¹, la santé au travail continue d'être couramment approchée comme un enjeu relevant de la responsabilité individuelle de tout un chacun. C'est particulièrement vrai en matière de santé mentale, dans la mesure où les liens entre travail et santé sont souvent difficiles à établir de manière causale et unidirectionnelle². Cette approche individualisante se traduit par diverses pratiques de prévention axées sur la sélection, l'adaptation et la remédiation des individus au travail³.

En parallèle, la pertinence des approches organisationnelles de prévention⁴ est de plus en plus reconnue, comme en témoigne, au Québec et au Canada, le développement dans les dernières années de « normes » certifiant la qualité des pratiques des organisations en matière de santé au travail. En effet, au-delà des lois et des chartes supposées garantir les droits des travailleur·euses d'œuvrer dans un environnement de travail assurant leur santé, leur sécurité et leur intégrité⁵, le Bureau de normalisation du Québec, pour prendre cet exemple, a élaboré des normes en matière de « santé et mieux-être au travail » pour permettre aux entreprises de mieux composer avec les « nouvelles réalités » du marché du travail que sont le recrutement et la rétention de personnels qualifiés et motivés⁶. Au Canada, la *Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*, lancée en 2013, « fournit un cadre complet pour aider tous les types

¹ Sarah Memmi, Nicolas Sandret, Michel Niezborala, Thomas Lesuffleur et Isabelle Niedhammer, « L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux », *Analyses de la DARES*, janvier 2016, 8 p.

Damien Euzénat, Meradj Mortezapouraghdam, Sébastien Roux, « Les changements d'organisation du travail dans les entreprises : conséquences sur les accidents du travail des salariés », *Documents d'études de la DARES*, 2011, n° 165, 126 p.

Justine Arnoud et Pierre Falzon, « Changement organisationnel et reconception de l'organisation : des ressources aux capacités », *Activités*, 10(2), 2013, p. 109-130.

² Michel Gollac et Serge Volkoff, « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006, n° 163, p. 4-17.

³ Yves Clot et Michel Gollac, *Le Travail peut-il devenir supportable ?*, Paris, Armand Colin, 2014, 240 p., ISBN-13 : 978-2200277628.

⁴ Steve Harvey, François Courcy, André Petit, Julie Hudon, Mike Teed, Olivier Loiseau et Alexandre Morin, *Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail, une synthèse des approches au niveau international*, Rapport, Études et Recherches, R-474, IRSST, 2006, 57 p.

⁵ Entre autres, la *Charte des droits et libertés de la personne*, le *Code civil du Québec*, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, la *Loi sur les normes du travail*, la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Lucie-France Dagenais et Sabrina Ruta, *La face cachée des conditions de travail : les situations d'atteintes à la santé psychologique*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007, 350 p., ISBN 978-2-896351-07-7.

Marie Pezè, Rachel Saada et Nicolas Sandret, *Travailler à armes égales. Souffrance au travail : comment réagir ?* Montreuil, Éditions Pearson, 2011, 238 p., ISBN-13 : 978-2744064289.

⁶ <https://www.bnq.qc.ca/fr/normalisation/sante-et-travail.html>

d'organisations à orienter leurs efforts actuels et futurs de façon à obtenir un rendement optimal sur leurs investissements⁷ ». Ces initiatives, dont l'adoption est volontaire, visent à rendre la prévention désirable, voire lucrative et facilement applicable pour les employeurs.

Bien qu'elles permettent d'aller au-delà des pratiques de prévention axées strictement sur les individus, ces approches organisationnelles de type « ISO⁸ », ces normes, s'inscrivent dans une perspective qui peut s'avérer, paradoxalement, totalement contre-productive sur le plan de la santé. Elles situent en effet la santé au travail au sein de pratiques *managérialistes*⁹ ayant pour finalités la performance et l'efficacité de l'organisation avant toute autre considération, comme en témoignent les extraits rapportés ci-haut. Elles participent ainsi d'une logique qui est, selon plusieurs recherches, à la source même de différents problèmes de santé au travail¹⁰. Devenant une « cible de gestion », la santé et la sécurité au travail sont de plus en plus gérées dans une logique du « zéro défaut » selon laquelle l'entreprise doit montrer, par la négative (p. ex. 0 absence, 0 maladie professionnelle ou 0 accident) et par une reddition de comptes économiques et des bilans, qu'elle respecte des « normes » d'excellence en matière de santé et sécurité. Afin de parvenir à cet objectif, des pratiques de primes collectives sont mises en place, incitant les salarié·es à ne pas déclarer les problèmes de santé, ce qui participe bien sûr à les invisibiliser¹¹. Une telle approche de la santé au travail ouvre la voie aux « entreprises de normalisation qui, sous couvert de promotion de la santé, assujettissent spécialement les plus faibles (sic) au diagnostic des experts du corps et de l'âme humaine¹² ».

Cette conception hygiéniste et prescriptive de la santé au travail neutralise le réel en déliant la santé et le travail : il y aurait, d'une part, des « environnements de travail » sains ou toxiques qu'il convient de contrôler selon les savoirs experts, et d'autre part, des comportements ou des

⁷ <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/sante-mentale-en-milieu-de-travail/norme-nationale>

⁸ ISO est le sigle pour International Organization for Standardization, qui désigne l'organisation internationale de normalisation dont la mission est la production de normes internationales dans les divers secteurs industriels et commerciaux.

⁹ Contractualisation des rapports politico-administratifs (reddition de compte) accordant un grand pouvoir aux gestionnaires (Isabelle Fortier, « La modernisation de l'État québécois : La gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme », *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 2010, p. 3550).

¹⁰ Vincent de Gaulejac et Fabienne Hanique, *Le Capitalisme paradoxant : un système qui rend fou*, 2015, Paris, Seuil, 288 p., ISBN-13 : 978-2021188257.

¹¹ Philippe Douillet et Jean-Michel Schweitzer, *Les conditions d'une prévention durable des TMS*, Études et documents de l'ANACT, mai 2005, 125 p.

¹² Thomas Périlleux, « Santé au travail : trois enjeux critiques, quelques enseignements cliniques », dans L. Taskin et al. (dir.), *Transformations du travail : regards multidisciplinaires*, Louvain-La-Neuve, Presses universitaires de Louvain, 2014, p. 24, ISBN : 9782875582805.

vulnérabilités personnelles prédisposant ou non à la santé (p. ex., habitudes de vie)¹³. Qu'en est-il du trait d'union entre ces deux termes, l'environnement et l'individu ? Dans cette approche, le travail, entendu comme activité transformant à la fois l'environnement et le sujet lui-même, est occulté.

Issue d'un courant de théories partageant un certain rapport au monde, la clinique du travail et l'ergonomie offrent des ressources pour penser autrement la santé au travail. Prenant appui sur des penseurs tels Canguilhem et Winnicott, des chercheur·euses de ce courant proposent une conceptualisation alternative de la santé au travail qui, au-delà des débats internes¹⁴, fait contrepoids à la vision individualisante, normalisante et objectivante portée par ce courant *managérialiste*.

2. Redéfinir les liens entre santé et travail : la normativité de l'activité

La grande diversité d'approches disciplinaires (l'épidémiologie, l'ergonomie, la psychologie du travail, la médecine du travail, la sociologie, l'économie, le droit, etc.) des concepts de santé – comprise dans ses dimensions physique, mentale et sociale – et de travail, ainsi que de leurs interactions, témoigne de la complexité de cette problématique.

2.1. La santé comme pouvoir normatif éprouvé

Le modèle dynamique de la santé dans lequel nous nous inscrivons ici conçoit la santé à la fois comme une ressource et une visée : elle est l'objet d'une construction permanente. Il s'agit d'un processus qui s'inscrit dans un temps long : celui du parcours professionnel et de la vie personnelle. « La santé peut être définie comme un processus dynamique par lequel l'individu chemine ; processus qui inscrit dans le corps ou dans la personne les empreintes du travail, des conditions de vie, des événements, des douleurs, du plaisir et de la souffrance, de tout ce qui fait une histoire individuelle dans sa singularité, mais aussi collective par l'influence des multiples logiques au cœur desquelles elle s'insère¹⁵. » La santé est une construction subjective traversée par le social : les milieux de vie peuvent favoriser ou entraver cette construction.

¹³ Yves Clot, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 2010, 192 p., ISBN : 978-2707164834.

¹⁴ Marie-Anne Dujarier, Corinne Gaudart, Anne Gillet et Pierre Lénel (dir.), *L'activité en théories. Regards croisés sur le travail*, Toulouse, Octarès, coll. « Travail et Activité humaine », 2016, 256 p., ISBN : 978-2-36630-055-0.

¹⁵ Annie Thébaud-Mony, « La santé : enjeux d'une définition », *Prévenir*, n° 30, juin 1996.

La référence aux définitions de la santé, comme normativité ou comme créativité, ouvre également des voies fécondes pour nous dégager des conceptions biomédicales de la santé et explorer les modalités et conditions de sa construction.

La santé tient au pouvoir normatif éprouvé d'un sujet qui, dans sa corporéité, se sent en « bonne santé » dans un rapport actif et transformatif à son milieu, ou *a contrario* empêché. Expérience vécue de manière singulière, elle est bien une norme subjective dépendante du milieu : « l'homme ne se sent en bonne santé – qui est la santé – que lorsqu'il se sent plus que normal – c'est-à-dire adapté aux milieux et à ses exigences – mais normatif, capable de suivre de nouvelles normes de vie¹⁶ ». La vie ne relève d'aucun modèle, même si des modélisations sociales tendent à lui imposer une norme extérieure de productivité, de rythme, d'adaptation. Dans les normes sociales qui définissent le normal et le pathologique, la santé et la maladie, l'être humain garde l'initiative de son point de vue par la capacité de l'écart normatif qu'il crée au sein des normes existantes, y compris des normes de travail. On ne peut donc départager l'homme normal et l'homme pathologique-anormal en référence aux normes définissant l'homme moyen (plan quantitatif) ou l'homme étalon (plan de la référence). *A contrario*, on peut soutenir que l'homme normal est malade quand son attachement aux normes le conduit à une suradaptation, à la seule soumission à la norme. Alors sa vie a déserté les désirs créateurs, ce qui signifie l'arrêt de la normativité, cette capacité à déplacer les normes incorporées, puissance créatrice qui qualifie la vie chez Canguilhem¹⁷.

Aussi, il nous faut reconnaître une pluralité des normes et des valeurs de vie, manifeste dans leur singularisation dans des « allures de vie¹⁸ », des modes de vie, qui dépendent eux-mêmes des marges de manœuvre trouvées et créées dans les milieux de vie.

Le pouvoir normatif est aussi un pouvoir créatif éprouvé dans l'activité. La créativité, telle que définie par Winnicott, « donne à l'individu le sentiment que la vie vaut d'être vécue¹⁹ », par opposition à « une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure ; le monde et tous ses

¹⁶ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1966, 300 p., ISBN : 978-2130619505.

¹⁷ Guillaume Le Blanc, *Les maladies de l'homme normal*, Paris, Librairie Philosophique VRIN, 2007, 224 p., 2-912636-17-5

¹⁸ Georges Canguilhem, *idem*.

¹⁹ Donald Woods Winnicott, « La créativité et ses origines », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p. 91-92, ISBN : 2070419843.

éléments étant alors ce à quoi il faut s'ajuster et s'adapter²² ». Cette créativité au quotidien, manière de voir et de faire dans le monde, témoigne d'une « bonne santé », alors que la soumission ou la conformité à des normes préexistantes et extérieures à soi, aux « meilleures pratiques » ou aux recommandations des expert·es, que ce soit sur le plan de la santé ou du travail – bref, la vie non créative, peut être tenue comme une maladie. Dans cette perspective, vouloir se conserver soi-même, préserver son « état de santé » peut être l'expression d'une détresse, d'une souffrance : celle qui est éprouvée lorsque l'aptitude à s'ouvrir au surgissement des possibles est contrariée par la rigidité des contraintes du milieu et/ou par la rigidité des défenses psychiques. Toutes deux s'opposent à la puissance d'agir et au développement du sujet.

2.2. Le travail comme vecteur de santé

S'il est fécond, nous semble-t-il, d'offrir une autre définition de la santé pour comprendre la pluralité du concept de normativité dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail, il nous apparaît également heuristique de proposer une définition du travail susceptible de participer à cet objectif.

Pour définir le travail, on peut se référer au modèle managérial : ici, il est vu comme « emploi », en termes de recrutement et de dotation, ou comme « résultat », répondant ou non aux objectifs et normes de productivité, ou encore comme « décor » ou « environnement », référant aux conditions d'exercice. La clinique du travail et l'ergonomie de l'activité le conçoivent comme « activité ». Souvent reprise, la définition suivante proposée par Philippe Davezies met en évidence l'écart maintenant largement reconnu entre le travail prescrit et le travail effectif : « l'activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail²⁰ ». L'activité de travail, c'est donc ce que l'on fait pour arriver à répondre aux différents mobiles qui orientent nos actions.

Le travail implique ainsi une mobilisation de sa subjectivité, de son corps, de ses savoirs implicites et explicites. Il requiert un investissement de soi, avec d'autres, pour faire face à une tâche encadrée par des contraintes sociales et matérielles²¹. Face à l'épreuve du réel, i.e. à l'échec de ses efforts et de ses techniques, chacun·e doit arbitrer, seul·e et avec d'autres, les actions à

²⁰ Philippe Davezies, « Éléments de psychodynamique du travail », *Éducation permanente*, n° 116, 1993, p. 33-46.

²¹ Christophe Dejours, *Travail vivant. 2 : Travail et émancipation*, Paris, Éditions Payot, 2009, 242 p., ISBN : 2228908401.

mettre en œuvre pour pouvoir arriver à ses fins malgré tout, selon les ressources dont il ou elle dispose. Lorsque l'écart entre le prescrit et le réel laisse une marge de manœuvre suffisante pour s'engager dans le monde à sa manière, dans un rapport que l'on a des raisons de valoriser, qui donne le sentiment d'apporter son concours au développement du monde humain, le travail offre alors l'opportunité d'éprouver son pouvoir normatif et peut ainsi constituer un vecteur de santé. De même, lorsque les efforts et le travail investis sont reconnus, il y a possibilité de se découvrir, de se construire (bénéfices identitaires) et de se développer²².

Le travail peut donc constituer, dans certaines conditions, un puissant vecteur de santé, au sens où nous l'avons défini. Par ailleurs, le travail ne se réalise pas seul, mais dans un espace historique et culturel qui implique l'altérité. De fait, l'activité de travail s'inscrit toujours dans une filiation transindividuelle²³, tradition dont on hérite, celles des normes antécédentes, de la culture entendue comme référentiels pratiques et symboliques partagés, qui permet de baliser les frontières de l'acceptable et de l'inacceptable, du juste et du bon, du beau et du désirable. Ces repères, transmis par les groupes de référence et construits dans une activité déontique, i.e. une délibération qui conduit à la production collective de règles de travail technique et éthique soutenant la coopération²⁴, permettent d'orienter l'activité de travail, d'y trouver une certaine assurance qui peut épargner l'économie psychique au quotidien. Ils permettent de soutenir la reconnaissance de ce que l'on est à travers son activité et la reconnaissance de pairs provenant de son groupe de référence, sur son appartenance à ce groupe ; sa conception du monde, ses valeurs, ses manières de penser et d'agir dans le monde, etc. Parmi ces groupes de référence, le métier constitue une source forte de normativité qui permet de faire face, avec d'autres (intériorisés ou en chair et en os), aux aléas et aux contradictions du réel et des diverses formes de prescriptions au travail. Le métier permet de soutenir l'activité déontique.

Les régulations sont donc au cœur de l'activité de travail et traduisent l'intelligence des acteur·trices en situation. Elles relèvent d'« un processus d'adaptation constant de la personne face à la variabilité des situations et des conditions de travail et face à sa propre variabilité (changement de son état interne) au travers du développement de modes opératoires et de stratégies adaptées aux différentes situations de travail et adaptés à la

²² Pierre Falzon, *Ergonomie constructive*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, 254 p., ISBN : 2130607489.

²³ René Kaës, *Le malêtre*, Paris, Dunod, coll. « Psychismes », 2012, 278 p., ISBN : 9782100581825.

²⁴ Christophe Dejours, *Travail vivant. 2 : Travail et émancipation*, Paris, Éditions Payot, 2009, 242 p., ISBN : 2228908401.

variation de son état. Le processus de régulation a pour objectif, plus ou moins conscient, la construction de compromis entre deux visées qui peuvent s'opposer entre le maintien de la santé et l'atteinte des objectifs correspondant aux tâches²⁵ ». Quand les stratégies ne sont plus suffisantes pour maintenir un équilibre, le processus de régulation a atteint ses limites et un compromis est fait. Il peut avoir pour conséquence l'apparition d'un risque d'atteinte à la santé et/ou à la qualité. Le compromis est coûteux, mais il est très difficile de juger à quel moment il n'est plus acceptable²⁶. Ces régulations sont néanmoins dépendantes des marges de manœuvre dont disposent les travailleur·euses. Si elles sont suffisantes, elles permettent à la personne de tenir un équilibre, son équilibre, entre le maintien de sa santé et l'atteinte des objectifs correspondant à ses tâches, dans les situations contingentes auxquelles elle est confrontée.

Si le travail créatif et le travail bien fait sont, selon cette perspective, des vecteurs forts de la construction de la santé, ils peuvent aussi engendrer des paradoxes. De fait, l'investissement dans un travail créatif et respectant des critères de travail bien fait n'est pas antinomique avec une dégradation de la santé. Pensons notamment à l'épuisement et à l'usure au travail, ou encore aux risques qui peuvent être pris, sur sa santé, pour arriver à travailler créativement ou à bien faire. D'où l'intérêt, selon nous, d'intégrer la santé comme objet même de travail dans l'activité de métier. Aussi, la santé, entendue comme invention normative, n'est que possible car la vie est conditionnée par son usage : « l'usage que les autres font de nous et l'usage que chacun fait de lui-même²⁷ ». Le travail de santé est au cœur de ces usages ; un travail inscrit dans l'ensemble de nos activités, au travail et hors du travail professionnel.

3. Le travail de santé

Le concept de « travail de santé²⁸ » cherche à rendre compte de la construction de la santé tricotée dans l'activité, au travail mais aussi au-delà de la sphère professionnelle.

²⁵ Marie St-Vincent, Nicole Vézina, Marie Bellemare, Denys Denis, Elise Ledoux et Daniel Imbeau, *L'intervention en ergonomie*, Éditions Multi-Mondes et Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), 2011, p. 55, ASIN : B00AETSOIW.

²⁶ *Idem*, p. 56

²⁷ Yves Schwartz, « Le travail comme usage de soi », dans *Expérience et connaissance du travail*, Paris, Les Éditions sociales, 2012, 939 p, ISBN : 9782353670079.

²⁸ Dominique Lhuillier, Sandra Amado, Frédéric Brugeilles, Mariama Diallo et Dominique Rolland, « Le travail et l'emploi à l'épreuve du VIH/VHC ? : régulations des systèmes d'activités et réévaluation du modèle de vie »,

À l'instar de l'activité de travail professionnel, le travail de santé est sujet, lui aussi, à cet écart entre travail prescrit et travail réel. La santé au travail fait l'objet de réglementations, de prescriptions (p. ex. : port des protections individuelles) qui apparaissent bien souvent en contradiction avec les prescriptions de moyens et de résultats qui définissent le comment faire et les objectifs à atteindre. On peut penser que la santé, comme la sécurité au travail, peut être réglée ou gérée²⁹. Ces régulations instituées ou organisationnelles peuvent guider l'activité, mais pas s'y substituer car celle-ci doit répondre à d'autres impératifs : impératifs de conciliation de réglementations contradictoires, impératifs de conciliation du caractère générique de ces prescriptions au caractère toujours singulier des situations de travail et des opératrices. Variabilité et singularité contre standardisation, donc. Ces règlements, déclinés en tâches à exécuter, ont négligé les écarts incompressibles entre le travail tel qu'il est prévu et tel qu'il est et doit être réalisé concrètement. Et « la sacro-sainte séparation du travail de conception de celui d'exécution a écarté l'opératrice de la conception de sa propre sécurité³⁰ ». Cela explique qu'en parallèle de cette sécurité réglée se met en place, de manière plus ou moins visible, une « sécurité gérée » par les travailleuses construite dans les situations réelles de travail quotidien et permettant de faire face aux situations non prévues par l'expérience du corps et des collectifs³¹.

Sans doute y a-t-il une contradiction entre le principe de droit qui impose que les salarié·es ne risquent pas leur vie au travail, la reconnaissance d'un savoir constitué par l'expérience sur la prise de risques – risques inséparables de toute activité humaine mais qui, officiellement, du fait du principe de droit évoqué, n'existent pas ou ne doivent pas exister –, et enfin, la conception taylorienne du travail selon laquelle l'opératrice n'a pas à construire et mobiliser un savoir propre, savoir expérientiel individuel et collectif. L'inflation

Activités, 2010, 7(2), p. 2-26.

Dominique Lhuillier et Anne-Marie Waser, *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*, Toulouse, Eres, 2016, 344 p., ISBN : 2749249953.

Dominique Lhuillier. « Le travail de santé », dans J. Roman, D. Lhuillier, A. Pujol et J. Newton, *Subjectivité et travail : entre mal être et bien-être*, Paris : L'Harmattan, 2020, p. 235-243, ISBN : 978-2-343-20509-0.

²⁹ François Daniellou, Marcel Simard et Ivan Boissières, « Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art », *Les cahiers de la sécurité industrielle*, 2010, n°2, p. 125.

Adelaïde Nascimento, Lucie Cuvelier, Vanina Mollo, Alexandre Diccioccio et Pierre Falzon, « Construire la sécurité : du normatif à l'adaptatif », dans P. Falzon (coord.), *Ergonomie constructive*, Paris, Presses universitaires de France, 2013, p. 103-116, ISBN : 2130607489.

³⁰ Pierre Trinquet, « La dynamique de la sécurité du travail », dans Y. Schwartz, *Reconnaissances du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 1998, p. 238, ISBN : 2130486932.

³¹ François Daniellou, Marcel Simard et Ivan Boissières, « Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art », *Les cahiers de la sécurité industrielle*, 2010, n°2, p. 125.

Adelaïde Nascimento, Lucie Cuvelier, Vanina Mollo, Alexandre Diccioccio et Pierre Falzon, « Construire la sécurité : du normatif à l'adaptatif », dans P. Falzon (coord.), *Ergonomie constructive*, Paris, Presses universitaires de France, 2013, p. 103-116, ISBN : 2130607489.

de réglementations fabrique une prévention en matière de santé au travail pensée en priorité pour être conforme aux règlements plutôt qu'aux impératifs du travail à réaliser et aux conditions dans lesquelles il est réalisé.

Réintégrer les opérateurs·trices à la définition de leur propre santé et sécurité suppose de partir du travail réel et d'identifier leurs propres contributions en actes à ces visées préventives. Comment se construit individuellement et collectivement un travail de santé dans l'activité de métier ? Quelles compétences cela nécessite-t-il de mobiliser ou de construire ?

Les ergonomes relevaient déjà, il y a plus de cinquante ans, l'existence de « pratiques de sécurité informelles » qui, dans les mines, concurrençaient les consignes formelles de sécurité : « Elles font partie du bagage de l'ouvrier expérimenté qui les transmet peu à peu aux autres, par compagnonnage, comme il en est des tours de main pratiques, sans doute beaucoup plus complexes, étendus, subtils. Malheureusement, on n'a pas tenté de pénétrer dans ce domaine, de même qu'on sait peu de choses sur les signaux avertisseurs de risque, rien sur le "sixième sens" du mineur³². »

Depuis les années 1980, d'autres auteurs·trices ont étudié ces pratiques informelles. Et Damien Cru³³ a introduit le concept de « savoir-faire de prudence » pour désigner cet ensemble d'attitudes, de comportements, de façons d'opérer, incorporées dans le savoir-faire de métier, qui permettent aux travailleur·euses de prévenir les accidents, les maladies professionnelles et de se préserver de la fatigue. Ces savoir-faire, toujours situés dans un contexte précis, ne se donnent pas à voir aisément. Ils sont transmis de façon plus ou moins formelle entre les anciens et les nouveaux. Ce sont des gestes, des pratiques qui ne figurent dans aucune procédure, mais qui font partie d'un patrimoine de métier à préserver et à entretenir. Le concept de genre professionnel implique la reconnaissance du rôle du collectif à l'élaboration-recréation des normes de métier, dans lesquelles s'inscrivent ces savoir-faire relatifs à la santé³⁴. Cependant, certaines conditions sont requises pour qu'ils puissent se transmettre. Des travaux sur la transmission cherchent à recenser ces conditions. Sur la base d'une approche privilégiant les liens entre « expérimentés » et « débutants » ou « sachants » et « néophytes », le prisme de la transmission institutionnalisée, notamment dans des dispositifs de

³² Jean-Marie Favergue, *Psychosociologie des accidents du travail*, Presses universitaires de France, 1967, 159 p., ASIN : B0014WHY2U.

³³ Damien Cru, *Le risque et la règle : le cas du bâtiment et des travaux publics*, Toulouse, Éditions Érès, 2014, 224 p., ISBN : 2749241030

³⁴ Yves Clot, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris Presses universitaires de France, 2008, 296 p., ISBN : 978-2-13-079265-9.

formation, prévaut³⁵. Ici, nous privilégions la transmission en milieu de travail, enchâssée dans le travail collectif. Elle n'implique pas nécessairement des professionnels de génération différente ou des « sachants » et des « apprenants », mais elle se nourrit de la diversité des parcours des uns et des autres, de l'hétérogénéité des âges, des anciennetés, des expériences. Le mouvement opéré n'est donc pas unidirectionnel mais réciproque. La transmission s'inscrit dans le travail collectif et ses liens avec le collectif de travail³⁶ et porte sur des dimensions bien plus diverses que les savoirs techniques formalisés, formalisables. Elle n'a rien d'automatique et de naturel et dépend des conditions matérielles, organisationnelles, sociales, dans leurs inscriptions historiques³⁷. Ici, centralement, comptent beaucoup les marges de manœuvre et le temps dont disposent les travailleur·euses pour échanger sur le travail, pour conscientiser les savoir-faire incorporés et pour délibérer sur les visées et gestes professionnels.

Or, comme le souligne Philippe Davezies³⁸, dans le contexte d'intensification du travail que nous connaissons depuis plus de trente ans, « l'activité se rétrécit » ; le cumul de contraintes (industrielles, marchandes, temporelles, ...) génère de plus en plus une individualisation du rapport au travail qui rend difficile les transmissions, l'expression et la défense collective des normes et valeurs de métiers. Chacun·e affronte de plus en plus seul·e les normes gestionnaires et les normes de l'activité visant à faire face aux imprévus, aux contradictions et aux dilemmes rencontrés en situation de travail, et arbitre en fonction de son expérience, de ses mobiles personnels et professionnels³⁹. Cela n'est pas sans incidence du point de vue de la santé des travailleur·euses.

Il nous faut sans doute élargir ce concept de savoir-faire de prudence pour penser les liens entre santé et travail, entre santé et activité. Les problématiques de santé ne se limitent pas aux dangers et aux risques d'accidents. La prévention de l'usure prématurée (TMS) et plus globalement des maladies professionnelles, la préservation de la santé mentale (stress, burnout, dépression...), la prévention de la désinsertion professionnelle de salarié·es vivant avec une santé altérée, interrogent la contribution des

³⁵ Sylvie Ouellet et Nicole Vézina, « Savoirs professionnels et prévention des TMS : portrait de leur transmission durant la formation et perspectives d'intervention », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 11 (2), 2008-2009, 42 p., DOI : 10.4000/pistes.2388.

³⁶ Sandrine Caroly et Yves Clot, *Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience*, 2004, Formation Emploi, Revue française de sciences sociales, La documentation française/CEREP, Paris, 2004, n°88, p. 43-55.

³⁷ Christian Fossier et Dominique Lhuillier, *Travail et transmission*, Toulouse, Octarès (à paraître septembre 2021).

³⁸ Philippe Davezies, « Intensification, danger : le travail rétréci », *Santé & Travail*, 2007, n° 57, p. 1.

³⁹ François Daniellou, *Le travail des prescriptions*, actes du congrès de la SELF de 2002, Aix en Provence, p. 9-16.

opérateurs eux-mêmes à ces visées. L'analyse du travail réel montre que la réalisation même de l'activité dans le geste professionnel est porteuse de ces enjeux de santé. Plus encore, l'empêchement de cette singularisation du geste professionnel en fonction des enjeux personnels de santé fabrique un geste « nécrosé » qui peut porter atteinte à la santé. Dès lors, nous pouvons considérer que la préservation de la santé constitue une dimension du geste professionnel au même titre que les savoirs et savoir-faire de production. Elle nécessite de fait un réel investissement du point de vue de l'analyse de l'activité de travail et de la conception des formations professionnelles⁴⁰.

Mais il nous faut aller plus loin encore. La santé ne se découpe pas en tranches, santé au travail versus santé hors travail, comme le sujet ne peut être considéré seulement comme un travailleur·euse. La construction de la santé tout au long de la vie, la santé entendue comme exercice du pouvoir normatif, doit être redéfinie dans une perspective plus globale, intégrant les différentes sphères de vie, les conflits externes et internes au sujet. Comme le souligne Daniellou, « l'activité ne peut se limiter à "ce qui est mis en œuvre pour réaliser les tâches". L'activité est une tranche de vie, dont les déterminants i) ne sont pas tous liés au travail, ii) ne sont pas tous présents dans la fenêtre géographique et temporelle d'observation. L'activité trouve ses mobiles et certains de ses buts dans l'ensemble de l'histoire de la personne, dans ses dimensions professionnelles et non-professionnelles. Il est impossible, par exemple, de comprendre les compromis coûteux qu'un opérateur posté fait vis-à-vis des horaires de travail si l'on n'a pas entendu " qu'il était prêt à faire ça jusqu'à ce que sa fille ait son bac "⁴¹ ».

Au cœur de ces processus se déploient, dans l'activité même, des arbitrages, des compromis, des arrangements entre objectifs contradictoires. Car les dilemmes sont toujours au rendez-vous. Ils tiennent aux tensions concernant à la fois des exigences opposées entre les différents domaines d'activité et dans chacune d'elles. Nous avons évoqué les tensions entre prescriptions normatives de santé et de productivité. Il en est bien d'autres. Dans la sphère professionnelle, les contradictions sont nombreuses, non seulement du fait de conflits externes (conflits de prescriptions, de normes ou de valeurs), mais aussi de conflits internes liés à des objectifs, aspirations, désirs contradictoires (désir d'être reconnu/de se reconnaître dans son travail, désir de « travail bien fait »/de ne pas s'épuiser quand les conditions

⁴⁰ Sylvie Ouellet et Nicole Vézina, « Savoirs professionnels et prévention des TMS : réflexions conceptuelles et méthodologiques menant à leur identification et à la genèse de leur construction », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 10(2), 2008, 37 p., DOI : 10.4000/pistes.2251

⁴¹ François Daniellou, « Entre expérimentation réglée et expérience vécue : Les dimensions subjectives de l'activité de l'ergonome en intervention », *Activités*, 2006, 3(1), p. 7.

pour ce faire ne sont pas réunies, désir de protéger sa santé physique/sa santé psychique, désir de protéger sa santé/celle des autres, des collègues). Pour tous ceux et toutes celles qui éprouvent, vivent avec une santé fragilisée, l'ambivalence à l'égard du travail tient à sa double face : ce dernier menace une santé déjà fragilisée (par des accidents de travail, de la vie, par une maladie, par le vieillissement ...), et en même temps, il est un instrument de lutte contre la maladie. Pour le dire autrement, le travail « rend malade » et « soigne » à la fois. Aussi, s'y maintenir est source de difficultés majeures, mais s'en extraire (arrêt maladie) est synonyme de perte des étayages qui aident à affronter l'épreuve de la santé altérée⁴².

Comment tenir de front exigences du travail et de soin de soi ? Comment arbitrer entre nécessité de se préserver et nécessité de préserver sa situation de travail ? Comment rendre compatibles les exigences de la vie professionnelle avec celles relatives au travail de santé réalisé dans les différentes sphères de vie ? L'arrêt maladie est un mode de régulation temporaire des contradictions entre ces deux genres d'activités ; comment les réguler autrement ? Comment savoir ce qu'on peut faire, ce qu'il faut éviter de faire, les manières de faire alternatives les plus efficaces, efficaces et économiques en énergie et en efforts à la fois ?

Comme indiqué précédemment, l'activité de travail s'inscrit dans un système d'activités plus global dans lequel se jouent des régulations, souvent invisibles. Selon Jacques Curie⁴³, ayant largement contribué au développement du modèle du système des activités, comprendre les enjeux de santé au travail nécessite d'identifier les liens d'intersignification des conduites⁴⁴ dans le processus d'une socialisation plurielle⁴⁵, les régulations entre les différents sous-systèmes permettant aux acteurs·trices de se maintenir en activité. En quelques mots, « le sujet organise son action dans un sous-système d'activités en fonction des prises que lui donne cette action

⁴² Dominique Lhuillier et Anne-Marie Waser, *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*. Toulouse, Érès, 2016, 344 p., ISBN : 2749249953.

⁴³ Deux références de Jacques Curie présentent le modèle du système des activités auquel il se réfère :
- Jacques Curie, « Parcours professionnels et interdépendances des domaines de vie », *Éducation permanente*, 2002, 150, p. 32.

- Jacques Curie, *Travail, personnalisation, changements sociaux : archives pour les histoires de la psychologie du travail*, Toulouse, Octarès, 2000, 544 p., ISBN : 2906769681.

⁴⁴ Philippe Malrieu, *La construction du sens dans les dires autobiographiques*, Toulouse, Érès, 2003, 280 p., ISBN : 9782865868414

⁴⁵ Brigitte Almudever, Alexis Le Blanc et Violette Hajjar, « Construction du sens du travail et processus de personnalisation : l'étude du transfert d'acquis d'expériences et des dynamiques de projet », dans A. Baubion-Broye, R. Dupuy et Y. Prêteur (dir.), *Penser la socialisation en psychologie*, Toulouse, Érès, 2013, p. 173, ISBN : 2749236428.

pour agir dans d'autres secteurs d'activité⁴⁶ ». Et Almudever *et al.* précisent que « c'est un degré médian d'interdépendance entre les domaines de vie qui correspond à un sentiment d'efficacité personnelle général satisfaisant⁴⁷ ».

Nous en donnerons une illustration dans le cadre d'une recherche menée auprès d'enseignant·es en fin de carrière⁴⁸. Les membres du corps enseignant ne sont pas passifs face aux transformations qui surviennent avec l'âge. Ils déploient une activité métacognitive sur les contraintes et astreintes liées à leurs divers engagements, leur permettant de développer des stratégies qui tiennent compte des éléments de fragilisation qu'ils perçoivent et d'élaborer des compétences qui intègrent ces aspects, et ceci aussi bien dans le champ du travail qu'hors travail. Se maintenir en activité en fin de carrière impose souvent une activité d'articulation des sphères de vie de plus en plus complexe, sous-tendue par des enjeux de santé physique, mentale et psychique, activité en grande partie invisible si l'on ne va pas y voir de près. Si, pour tenir les exigences de travail en fin de carrière, ils sont contraints à de plus en plus de régulations hors de la sphère de travail (temps de récupération plus importants empiétant sur les projets personnels), « la perturbation professionnelle diffuse alors ses effets négatifs au-delà de la sphère professionnelle pour atteindre le bien-être psychologique global des sujets⁴⁹ ». Les processus de fragilisation en œuvre ne permettent plus un investissement équilibré de soi dans les différents domaines de vie : la sphère professionnelle prend le pas sur les autres dimensions de la vie. Dans ce contexte où les tensions entre sphères de vie deviennent plus fortes, voire conflictuelles, on perçoit la bascule entre le fait de « se sentir capable » de travailler jusqu'à la retraite et le fait de « tenir jusqu'à la retraite ». D'où des inquiétudes qui apparaissent concernant les dernières années d'activité professionnelle : plus les enseignant·es se sentent en difficulté, plus ils cherchent des ajustements dans le travail et hors travail ; moins ces ajustements fonctionnent, plus le désir d'anticiper leur départ est important. Cela peut en contraindre un certain nombre à envisager de se mettre à

⁴⁶ Jacques Curie et Violette Hajjar, « Vie de travail, vie hors travail : la vie en temps partagé », dans C. Lévy-Leboyer et J.-C. Spérandio, *Traité de psychologie du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 1987, p. 51, ISBN : 2130397468.

⁴⁷ Brigitte Almudever, Sandrine Croity-Belz, Violette Hajjar et Franco Fraccaroli, « Conditions d'efficacité du sentiment d'efficacité personnelle dans la régulation d'une perturbation professionnelle : la dynamique du Système des Activités », *Psychologie du travail et des organisations*, 2006, n° 12, p. 156.

⁴⁸ Dominique Cau-Bareille, « Vieillir au travail dans le champ de l'enseignement : une analyse mobilisant le modèle ergonomique et le modèle du système des activités », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2016, 2(22), p. 125-142.

⁴⁹ Brigitte Almudever, Sandrine Croity-Belz, Violette Hajjar et Franco Fraccaroli, « Conditions d'efficacité du sentiment d'efficacité personnelle dans la régulation d'une perturbation professionnelle : la dynamique du Système des Activités », *Psychologie du travail et des organisations*, 2006, n° 12, p. 164.

temps partiel, voire à hâter leur départ à la retraite. Ceci traduit bien les régulations et l'intersignification des activités.

Marie-Ève Major⁵⁰ en apporte une seconde illustration dans deux entreprises de transformation du crabe au Québec dont l'activité est saisonnière. La nature de l'activité et l'intensité du travail réalisé par les femmes en production de dix à douze heures par jour, week-end compris, sont à l'origine de troubles musculosquelettiques au niveau des membres supérieurs chez les ouvrières. Ils se traduisent par d'importantes limitations fonctionnelles et des douleurs très aiguës affectant non seulement leur activité mais également leur vie hors travail, imposant des régulations à la fois dans la sphère professionnelle mais également dans la sphère personnelle. Pour parvenir à demeurer au travail malgré les douleurs dans l'optique de pouvoir financer les études de leurs enfants « à la ville », les travailleuses élaborent des stratégies de santé à l'extérieur du cadre du travail, à la fois d'un point de vue médical et en termes d'aménagement de leur mode de vie⁵¹ : médication (prise d'anti-inflammatoires ou de substances analgésiques), traitements (soins de santé avant le début de saison de manière à anticiper la survenance des TMS, séances de massage à la fin de la saison de travail), organisation des tâches domestiques et de la vie familiale (redistribution des tâches domestiques avec le conjoint ou les enfants, préparation des repas congelés dans la période où l'entreprise est fermée, achat de repas déjà préparés), différentes stratégies de soins personnels pour diminuer la douleur. Cependant, ces stratégies, qui s'avèrent indispensables pour endurer ce pic d'activité, peuvent présenter des limites dans le temps : prendre des anti-inflammatoires permet de diminuer la douleur pour une certaine période, mais n'est pas sans conséquence sur la santé à la suite d'une consommation prolongée. D'autres recherches montrent elles aussi que la consommation de médicaments, et plus globalement de substances psychoactives, constituent à la fois des ressources pour tenir les exigences du travail (y compris d'ailleurs celles du « travail bien fait »), mais qu'elles sont contre-productives à terme sur la santé⁵².

Ce travail de santé, quand il n'est pas empêché, témoigne de l'exercice

⁵⁰ Marie-Ève Major, *Étude ergonomique du travail saisonnier et ses impacts sur les stratégies et les troubles musculosquelettiques de travailleuses d'usines de transformation du crabe*, Thèse de doctorat en biologie, Université du Québec à Montréal, août 2011, 290 p.

⁵¹ *Ibid.*, p. 190.

⁵² Renaud Crespin, Dominique Lhuillier et Gladys Lutz, *Se doper pour travailler*, Toulouse, Érès, 2017, 352 p., ISBN : 9782749254593.

de la puissance normative de l'homme, qui fait le « sens de sa vie⁵³ » sur fond d'une libération des potentialités de celle-ci⁵⁴. Il est de même affirmation du « primat du vital sur le mécanique⁵⁵ » et la répétition du même. Aussi, il répond à des besoins vitaux.

Comprendre les enjeux normatifs du travail nécessite donc de décloisonner l'analyse des enjeux de santé à la seule analyse de l'activité et des conditions de travail. Ces résultats soulignent la pertinence et l'importance de documenter ces stratégies qui débordent du cadre du travail, qui sont souvent invisibles et sont surtout les impensés des modèles juridiques et biomédicaux de santé et sécurité au travail. Le recueil de ces stratégies représente toutefois un défi méthodologique à ne pas négliger : les stratégies sur les plans personnel et médical sont le plus souvent élaborées par les travailleuses en dehors du cadre du travail, sans nécessairement de visibilité interne au sein de l'entreprise, y compris auprès des médecins du travail, échappant ainsi aux observations. Seuls les entretiens ou verbalisations permettent d'y avoir accès.

L'empêchement de ce travail de santé, qui se joue à la fois dans le travail et parfois hors travail, ouvre la voie à une normativité restreinte, c'est-à-dire à la pathologie. La santé *a contrario* est un réservoir de possibles, créés, développés par le travail de santé : « être sain c'est non seulement être normal dans une situation donnée, mais être aussi normatif, dans cette situation et dans d'autres situations éventuelles⁵⁶ ». Autrement dit, le travail de santé consiste moins dans le fait de chercher à préserver sa santé, de vivre dans une économie de soi, dans la crainte des variations, de situations nouvelles auxquelles il faudrait s'adapter. Ce que cherche à construire ce travail de santé est bien cette possibilité de faire face à de nouvelles situations de manière active et non soumise à l'exécution de consignes et autres prescriptions.

Pour préciser ce travail de santé à travers les activités associées, on peut dire qu'il recouvre des activités de soin de soi au double sens du *cure* (soigner) et du *care* (prendre soin). Cela relève d'activités d'arbitrage ou d'élaboration de compromis entre exigences contradictoires (nous en avons évoqué plusieurs précédemment) ; des activités de construction des

⁵³ Georges Canguilhem, « Milieu et normes de l'Homme au travail », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 3, 1947, p. 120-136.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1966 [1998], p. 139, ISBN : 978-2130619505.

ressources internes et externes compensant les contraintes et difficultés rencontrées en recourant à la métis, à l'intelligence rusée, au bricolage, à la créativité ; des auto-prescriptions réglant le style et l'hygiène de vie (auto-prescriptions relatives, par exemple, aux régulations entre différentes sphères de vie, à la résistance à l'envahissement du travail sur la vie personnelle), la réorganisation des actes exigés par les prescriptions (professionnelles, médicales, sociales) afin de les ajuster aux contraintes des différentes sphères de vie comme aux aspirations et aux désirs personnels, la réorganisation des tâches professionnelles, l'invention de nouvelles manières de faire pour construire des compromis entre exigences des milieux de vie et exigences de santé.

Le milieu professionnel est bien sûr un des cadres dans lequel se déploie ce travail de santé. Ce dernier oriente, transforme les activités professionnelles : réaménagements des rythmes et des temps de travail ; évitement des tâches les plus éprouvantes physiquement et/ou psychiquement ; construction de stratégies de dégagement des contraintes qui compliquent le « travailler en santé » par la restriction des marges de manœuvre nécessaires à l'activité propre (personnelle et personnalisante⁵⁷) ; compensation des altérations fonctionnelles ; ajustement à la variabilité, aux fluctuations des capacités productives ; réévaluation des priorités et urgences ; réduction de l'exposition aux risques pour soi et pour autrui par la construction-transmission-mobilisation de savoir-faire de prudence ; délibération et composition avec le jugement des autres, notamment quand pèsent les désaccords, voire la suspicion.

Il faut souligner ici que ce travail de santé sollicite à la fois un travail sur soi et sur ses milieux de vie. Il ne se bricole pas en solitaire, de même qu'il n'est pas soluble dans la conformité aux « bonnes pratiques » (p. ex. : « Mangez cinq fruits et légumes par jour », « Montez par l'escalier plutôt que par l'ascenseur », ou, dans une version plus actuelle en lien avec la pandémie de COVID-19, « Lavez vos mains avec du gel hydroalcoolique X fois par jour », « Portez le masque en toutes circonstances – y compris, donc, quand vous êtes seul, seule et en plein air », ...). Le respect des règles attendu fabrique des jugements en termes de transgressions-sanctions et dessaisit les opératrices de leurs capacités d'évaluer, d'analyser, d'arbitrer, de penser, ce qui pourrait bien *in fine* accroître les risques.

⁵⁷ François Tosquelles, *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Toulouse, Éditions Érès, 2009, 162 p., ISBN : 274921033X.

Insistons sur ce point : la santé n'est pas réductible à une affaire privée, personnelle. Elle est le produit de ce travail de santé, un travail qui toujours convoque autrui. Le travail de santé, comme tout travail, suppose la coopération d'autrui pour gagner en efficacité, en assurance par reconnaissance et validation sociale. Ce qui suppose d'installer les conditions d'une régulation collective de ces nouvelles règles issues de ce mouvement de normativité. L'activité de gestion solitaire de ce travail de santé, voire de dissimulation de ces bricolages, arbitrages, savoir-faire de prudence, est source d'usure, d'épuisement, de précarisation de la santé somato-psychique et d'isolement. À terme, le chacun pour soi produit des conflits et des relégations, voire de la culpabilité⁵⁸.

À l'instar de toute une tradition en sciences du travail, notre proposition théorique pour mieux comprendre et expliciter le concept pluriel de normativité dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail s'appuie sur les ressorts de « l'activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail⁵⁹ ». Pour le dire succinctement, la normativité de l'activité est, selon notre perspective, nourrie de la normativité du vivant au service du développement de la santé. Et le travail de santé n'est autre que l'exercice de la puissance normative de l'humain, qui fait le « sens de sa vie⁶⁰ ». Le travail de santé ne se réduit donc pas à la prise en compte d'enjeux de « travail bien fait » sur le plan professionnel ou à un « savoir-faire de prudence » strictement compris en lien avec l'activité professionnelle et inscrit dans le genre du métier. En ce sens, selon cette conception, la normativité de l'activité s'exprime à l'intersection des différentes sphères de vie.

4. La normativité à l'épreuve en contexte de pandémie : une recherche sur l'activité enseignante

La pandémie actuelle nous offre l'opportunité d'illustrer notre approche. En effet, elle rend particulièrement visibles les régulations, les arbitrages souvent invisibles qui sont au cœur du travail de santé, ici contextualisés dans l'activité enseignante en temps de COVID-19.

⁵⁸ Dominique Lhuillier et Anne-Marie Waser, « Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ? », *Références en santé au Travail*, INRS, 2019, 157, p. 63-77.

⁵⁹ Philippe Davezies, « Éléments de psychodynamique du travail », *Éducation permanente*, n° 116, 1993, p. 33-46.

⁶⁰ Georges Canguilhem, « Milieu et normes de l'Homme au travail », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 3, 1947, p. 120-136

Nous appuyant sur des données recueillies lors d'une recherche-action toujours en cours qui étudie l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'activité et la santé des enseignant·es du premier degré en France⁶¹, nous proposons d'éclairer la problématique déclinée précédemment par des éléments d'analyse des dilemmes et transformations de l'activité enseignante en ces temps de crise sanitaire.

Les enseignant·es ont dû assurer une continuité pédagogique à la fois pendant la phase de confinement, puis dans la période de réouverture progressive des écoles, et doivent encore aujourd'hui composer avec des mesures sanitaires très strictes (protocole d'entrée dans l'école, distance entre les élèves, lavage des mains, port du masque). La transformation du travail enseignant dans le contexte de la pandémie de COVID-19 permet d'exposer à la fois les limites de la normativité biomédicale et *managériale* et l'intérêt d'intégrer la normativité du vivant exprimée dans l'activité humaine pour comprendre la construction de la santé et de la sécurité au travail. De fait, les nouvelles normes axées sur la prévention de la propagation du virus (p. ex., confinement, distanciation, port du masque) ont déstabilisé, voire invalidé les normes professionnelles sur lesquelles prennent appui les enseignant·es, en temps normal, pour arbitrer entre les exigences du travail professionnel et de la santé. À vif devant les exigences d'un réel inédit (travail à distance), ils ont été en mode improvisation individuelle, sans soutien institutionnel, pour les aider à baliser leur activité, en termes de ce qui est bon, bien, souhaitable et juste de faire dans les circonstances. Dans la période de réouverture progressive des écoles, il leur a fallu composer avec des exigences et prescriptions institutionnelles strictes provenant des instances sanitaires et scolaires, pour tenir au mieux leur désir d'effectuer un travail de qualité, de préserver leur santé et celle de leurs proches.

⁶¹ Sur le principe du volontariat, nous avons interrogé 24 enseignant·es du premier degré de différents départements français, de 19 écoles différentes : 6 en maternelle, 18 en élémentaire, 7 ayant une charge de direction ; 22 femmes et 2 hommes (proportion représentative des hommes et des femmes dans le premier degré). Ce choix de couvrir plusieurs écoles nous a permis d'explorer la diversité des dispositifs mis en œuvre dans les écoles dans le contexte de confinement et de déconfinement. Dans la phase de confinement, cette recherche a couplé la technique des budgets temps (Guilbert et coll., 1965) et un entretien d'explicitation. Cela a permis de rendre compte des différentes tâches réalisées au fil d'une journée, des moyens de communications utilisés avec les élèves, les familles et les collègues, et des outils de travail mobilisés, ce qui nous donne des éléments précis sur l'organisation séquentielle des tâches, les stratégies de travail développées, la manière dont sont articulées les phases de travail, de gestion de la famille et des activités domestiques, car le confinement contribue largement à un brouillage des sphères de vie. Après la réouverture des écoles, nous avons continué la recherche en réalisant des entretiens périodiques sur les conditions de reprise, les difficultés vécues dans l'activité et les dilemmes de l'activité.

Madeleine Guilbert, Nicole Lowit et Joseph Creusen, « Enquête comparative de budgets temps », *Revue française de sociologie*, 1965, 6(4), p. 487-512.

4.1. Du confinement au déconfinement : sur quelles normes appuyer son activité comme enseignant·e ?

Les protocoles évoluant au fil des semaines, voire de jour en jour, les enseignant·es étaient dans des ajustements permanents. Cela nous a donné l'opportunité d'analyser la manière dont les protocoles de confinement et de déconfinement décidés par les ministères ont affecté leur activité, les ont contraint·es à poursuivre leur activité « autrement », que ce soit en période de confinement à domicile ou lors de la réouverture partielle des écoles.

Pendant le confinement, ils ont dû travailler à domicile, sans avoir nécessairement les ressources techniques, informatiques ou collectives pour assurer la « continuité pédagogique » avec leurs élèves. L'urgence de répondre du jour au lendemain à l'injonction de continuité les a amené·es à improviser individuellement, parfois collectivement, et à découvrir « en marchant » de nouvelles manières de travailler avec les élèves.

(Directrice d'école maternelle)

« C'est dans ma voiture le jeudi à 19h30 que j'entends l'annonce comme quoi fermeture des écoles dès vendredi soir ! Je ne m'y attendais mais vraiment pas, vraiment pas ! On a eu un *mail* dans la journée du vendredi, à 10 heures qui nous disait qu'il fallait que les enfants repartent le soir avec du travail. Donc on s'est dit : "Ok, il est 10 heures, on a nos élèves, on est en classe avec eux quand même, on ne peut pas tout faire, en fait !" Donc réunion de crise à midi, qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce qu'on ne fait pas, comment on s'organise ? qu'est-ce qui est prévu ? (...) Et en fin de journée on a dit aux élèves : "*on vous tient au courant, il y aura quelque chose qui va se mettre en place, on ne sait pas encore quoi, on ne sait pas encore sous quelle forme, mais voilà, ça va se faire*". Voilà comment on a géré le vendredi. C'était l'urgence la plus totale, en fonction des informations qui nous parvenaient par la télévision. »

On soulignera ici le fait que les informations ne viennent pas de l'institution, mais des médias, et que cette période de travail à distance pour le personnel n'a absolument pas été pensée par l'institution.

En l'absence de consignes autres que « vous devez maintenir la continuité pédagogique » venant des inspecteurs, les enseignant·es se sont

organisé·es comme ils ont pu, en fonction de leur maîtrise des outils informatiques et de leur connaissance des ressources pédagogiques de l'Éducation nationale ; une partie du personnel s'est auto-formée sur les supports virtuels afin de maintenir le lien avec les élèves et d'entretenir les acquis des élèves ainsi que leur engagement dans les apprentissages ; d'autres ont repris leur cadre habituel de travail et leurs exercices qu'ils ont envoyés aux enfants. Cela relève d'un grand « bricolage » (que nous prendrons ici au sens noble du terme), nécessitant un investissement énorme pour tenter de trouver des modalités de travail pertinentes. Ils ne pouvaient pas continuer à travailler de la même manière qu'en présentiel ; il leur fallait se réinventer, mobiliser des outils de communication, médier leur activité en enrôlant les parents, utiliser de nouvelles interfaces informatiques ou téléphoniques. Construire de nouvelles conditions et manières de travailler. Dans cette phase de confinement s'opère une double déstabilisation : celle de l'activité professionnelle par un déficit de prescriptions, et celle du travail de santé habituel par une confusion spatio-temporelle des sphères de vie.

En filigrane, de quoi nous parlent les enseignant·es ? Du coût du travail qu'a nécessité cette activité en période de confinement, de cet envahissement du travail dans la sphère privée, et de la fatigue liée au surengagement dans cette quête de trouver des solutions et des innovations pédagogiques rapidement pour maintenir l'engagement des élèves dans les apprentissages.

Le défaut de reconnaissance de ces activités réalisées en solitaire, à domicile et donc invisibles pour beaucoup, ajoute à la pénibilité de ce travail. Et la déclaration de la porte-parole du gouvernement, le 25 mars, affirmant qu'« en cette période d'épidémie de Covid-19, les enseignants ne travaill[aient] pas compte tenu de la fermeture des écoles », n'a pas manqué de susciter un mouvement de colère largement partagé dans le milieu enseignant, amenant la porte-parole à s'excuser.

(Enseignante élémentaire)

« Ce que je ressens c'est de la colère de la part des enseignants, et moi la première. Je trouve que l'on est un peu maltraités depuis le début du confinement et que l'on est assez sympas ! On est maltraités par notre ministre, notre ministère. Je veux dire on nous a annoncé le confinement : on n'a pas eu de directives pendant 5 jours où l'on ne savait absolument pas ce qu'il fallait qu'on fasse. On n'a pas attendu pour savoir ce qu'il fallait qu'on fasse, on s'est débrouillés. (...) On ne nous dit rien ! On ne nous dit pas comment faut faire, on se débrouille

beaucoup quoi ! On se débrouille beaucoup et les retours que l'on peut avoir.... Merci ! Voilà ! »

Le travail à distance et le confinement produisent tous deux une déstabilisation majeure des repères spatio-temporels. Les enseignant·es au travail à leur domicile (situation inédite non choisie, sans préparation ni accompagnement) font l'expérience de la complexité de l'auto-organisation temporelle de leur travail et de la reconstruction permanente de leurs conditions de travail dans l'espace domestique, et ce, en ne comptant que sur leurs ressources propres, par défaut des Autres, et notamment de tout ce qui se loge dans les liens informels au travail, liens affectifs, cognitifs (informations, conseils), sociaux (transmission, insertion), qui viennent habituellement compenser les limites des liens formels. Certes, ils font l'économie des angoisses associées au risque de contamination. Mais les transitions nécessaires psychiquement au passage d'une sphère à l'autre s'effacent, avec une réduction des temps de récupération notamment pour les femmes. Vécue dans l'isolement, la vie au travail confiné peut se solder par des troubles somatiques (contention des corps et travail sur écran majoré : troubles de la circulation sanguine, fatigue visuelle, TMS ...) et du stress, voire de l'épuisement professionnel, par l'envahissement du travail et par la suractivité liés aux sollicitations professionnelles.

Les inégalités sociales de santé sont manifestes tant les ressources pour supporter le confinement et s'organiser pour assurer cette « continuité pédagogique » sont inégalement distribuées. La disparité des ressources trouve de multiples déclinaisons : accès ou non au travail à distance (qui suppose qu'enseignant·es et élèves disposent d'ordinateurs, de connexion Internet), conditions de logement, familiarité ou brutale découverte de l'usage des outils numériques, enfants à domicile (les écoles étant fermées), conjoint·es également en confinement et potentiellement en télétravail, ce qui implique de partager espace et outils de travail... Les inégalités sociales de genre sont elles aussi ravivées tant la division genrée des rôles et des tâches domestiques et familiales pèse de tout son poids sur la préservation d'un cadre de travail à la maison. Le déni des interdépendances de nos domaines de vie vole en éclats avec le travail confiné à domicile, et l'expérience de chaque individu est confrontée massivement à l'exigence de régulation des contraintes et exigences du travail et du hors-travail. Les relations familiales sont bien mises à l'épreuve par le confinement. Et les relations de travail sont à préserver, à réinventer.

La phase de déconfinement est également révélatrice des conflits de logiques qui ont traversé le milieu enseignant, car s'y affrontent à la fois les

protocoles définissant les conditions de la reprise d'activité sur site élaborés par le ministère de l'Éducation nationale et les nécessités du métier ; s'y révèlent les impensés autour du travail réel, ses contraintes et les conditions de réalisation de l'activité, ainsi que les logiques d'action des acteurs mues par leurs propres mobiles. Lors de l'annonce de l'accueil des enfants de parents prioritaires⁶² le 5 mai 2020, la consigne donnée par les inspecteurs aux enseignants était la suivante : « Du moment où vous reprenez l'école, vous ne faites plus du distanciel », consigne qui impose de ne plus assurer le suivi des élèves qui allaient rester en confinement à domicile. Plusieurs membres du corps enseignant ont respecté strictement la norme impulsée par le ministre : directive provenant de l'institution, elle exigeait conformité et exécution. « Nous on est fonctionnaires, on est de bons petits soldats, on nous dit de faire quelque chose, on doit le faire. » Une manière de se préserver des conflits éthiques que pouvait susciter le fait de ne plus assurer le suivi et les enseignements des élèves à distance. D'autres n'ont assuré que des activités en présentiel pour une autre raison : ils ont évalué la charge de travail et le temps de travail supplémentaires que cette double activité (en distanciel et en présentiel) pouvait générer ; s'appuyer sur la règle leur permettait de se préserver d'une certaine manière d'un surengagement préjudiciable à leur santé. Mais cet « abandon » des élèves définis dès lors comme non prioritaires a constitué un sujet de préoccupation, voire de culpabilité, car ils savaient un certain nombre d'enfants en difficulté sociale ou familiale, ou en grande difficulté scolaire. On voit bien que « se conformer » ici n'est pas nécessairement une posture facile à tenir du point de vue psychique. Les conflits entre deux objectifs, celui de la qualité du travail et celui de la préservation de sa santé, peuvent être pathogènes, comme la nécessité d'arbitrer entre risque d'épuisement et risque de ne plus pouvoir se reconnaître dans ce qu'on fait, sentiment de faire du mauvais travail, voire un travail honteux, car en rupture avec l'éthique du métier. La promotion du travail de qualité⁶³, tel qu'entendu en référence au genre du métier, pourrait bien se révéler contre-productive du point de vue de la santé. Soutenir qu'il n'y a pas de bien-être sans bien faire nous semble éluder que le travail de santé a toujours à soutenir des tensions, conflits, dilemmes entre les différentes sphères d'activité, car la santé, pas plus que le sujet, ne

⁶² En France, pendant le confinement, n'ont été accueillis à l'école que les élèves de « parents prioritaires » participant à la lutte contre l'épidémie de COVID-19 et continuant d'exercer leur activité professionnelle, tels que les personnels des établissements de santé, personnels des forces de l'ordre, pompiers, personnels de l'agence régionale de santé ou de préfecture indispensables à la gestion de la crise sanitaire. Cette liste des parents concernés s'est élargie au moment de la réouverture progressive des écoles aux personnels du groupe La Poste, aux personnels de l'Éducation nationale, personnels des collectivités territoriales affectés en écoles et en établissements publics locaux d'enseignement. C'est seulement début juin que l'ensemble des élèves ont pu revenir à l'école.

⁶³ Yves Clot, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La découverte, coll. « Cahiers libres », 2010, 190 p., EAN : 9782707164834.

se segmente pas. La crise sanitaire et les transformations du travail associées nous semblent un formidable révélateur du négatif que comporte la quête de la qualité du travail.

(Enseignante d'élémentaire)

« Il y a des écoles où la directrice a dit "Du moment où moi je reprends, je ne fais plus du distanciel" avec un message adressé aux parents renvoyant aux textes : "Vous voyez, dans les textes, du moment où les enseignants reviennent en classe, ils ne font plus de distanciel". Mais elle a des collègues de l'école qui ont fait les deux, et ce sont celles-là qui sont en train de péter un câble en fait, qui n'en peuvent plus, qui sont épuisées. Et elle m'a dit que "finalement cette stratégie de dire 'non' me protège". Donc même au sein de l'école où il y a eu cette décision collective de dire, "on s'appuie sur les textes pour dire qu'on ne fera pas les deux", par conscience professionnelle il y en a qui le font quand même. Mais ceux-là ne sont pas nécessairement en bonne santé. »

Ce verbatim, qui met l'accent sur l'épuisement que suscite le cumul du présentiel/distanciel, sous-estime sans doute les satisfactions trouvées dans le sentiment de bien faire. Cela montre toute la complexité des enjeux de santé.

En dépit de la consigne du ministère, beaucoup d'autres, donc, ont continué à assurer le distanciel au nom de leur conscience professionnelle, de leur volonté de ne pas laisser de côté la moitié des élèves de la classe restés à domicile, de leur souci de ne pas accroître les inégalités entre élèves, et d'une profonde considération pour les parents qui ne faisaient pas pression pour remettre leurs enfants non prioritaires à l'école. Mais ce processus de renormalisation de l'activité, hors des temps et lieux de travail, a eu des incidences importantes sur leur santé ; ils ont fini l'année avec une fatigue extrême, près de la rupture.

(Directrice d'une école primaire)

« Mes collègues ont craqué parce qu'elles continuaient à faire du distanciel au même rythme qu'elle le faisait pendant la période de confinement. Elles ont décidé de faire ça en disant "les parents, on les force à ne pas remettre leurs enfants à l'école et ils ne nous font pas d'emmerde, donc on doit leur proposer la même qualité que ce qu'on leur proposait avant". Et donc elles font des visios pendant la classe, après la classe, en individuel, en collectif ; c'est hallucinant ! C'est hallucinant ! »

Si dans le fait de tenir à la fois le présentiel et le distanciel, d'un point de vue de la santé psychique, ils se trouvaient en cohérence avec leur système de valeurs, leur conception d'un travail de qualité pour tous les élèves, cette stratégie les a énormément affecté·es. Et l'absence de positionnement collectif sur ce point a certainement contribué à accroître leurs difficultés : une partie des enseignant·es d'une même école pouvaient en rester à la règle donnée par la hiérarchie, alors que d'autres continuaient le distanciel. Cela a été à l'origine de questionnements de la part des parents, voire de tensions entre collègues qui étaient jusque-là solidaires dans la période de confinement. En effet, les conditions d'échange et de dispute professionnelle se sont avérées impossibles à mettre en œuvre dans le contexte d'urgence à rouvrir les écoles. La conflictualité nécessaire à l'émergence d'une norme collective n'a donc pas pu trouver destin dans une posture commune d'élaboration d'un travail de santé.

Cette période de COVID-19 est donc révélatrice du travail de santé physique, mental, psychique qui se joue dans le travail en référence aux normes de travail et montre les limites d'un travail de santé solitaire : la construction de savoir-faire collectifs pour établir des règles de métier, pour pouvoir se repérer dans les arbitrages complexes à réaliser est indispensable. Chaque individu a besoin, pour s'orienter dans son activité et préserver le sens de son travail du regard des autres, de formes de feedback et de reconnaissance, de validation des options retenues en termes d'arbitrage entre objectifs contradictoires. Les voies de réponses à ces attentes auraient pu être réinventées afin de prévenir les tensions entre collègues. De même, les régulations de la charge de travail et des difficultés rencontrées supposent la coopération. L'individualisation du travail, l'isolement que génère le travail confiné ou la délégation à chacun·e d'arbitrages propres peuvent vite se prolonger dans une solitude préjudiciable à la santé psychique. Car on ne tient pas debout sans les autres.

4.2. Le protocole sanitaire à l'école, un dilemme pour les enseignant·es : entre injonctions institutionnelles et nécessités de l'activité

Le retour en classe en septembre a, quant à lui, montré comment les mesures sanitaires prescrites ont contrarié, voire empêché l'activité enseignante, affectant du même souffle leur santé. Nous nous intéresserons plus particulièrement ici au port du masque qui leur a été imposé, puisqu'il constitue un révélateur des tensions entre le respect des prescriptions de

santé et de sécurité et les nécessités de l'activité, mais aussi des tensions internes au travail de santé : se protéger et protéger les autres de la contamination et effectuer un travail de qualité vecteur de santé. « Le port du masque en maternelle, c'est le gros truc qui nous est tombé dessus », dira un enseignant interrogé. De fait, il impose dans le huis clos de la classe des processus de renormalisation de l'activité pour réaliser un travail qui a du sens pour soi et pour son métier, un travail défendable à ses yeux. Nous distinguerons ici les niveaux « maternelle » et « primaire » afin de mieux rendre compte des enjeux que représente le port du masque dans ces différents niveaux scolaires.

Le travail avec des tout-petits et petits à l'école passe beaucoup par le corps, le regard : « le visage est notre outil de travail en maternelle ». Et dès la phase de confinement, les enseignant·es interrogé·es ont envisagé la difficulté qu'allait représenter le port du masque à la réouverture de l'école dans leur rapport aux élèves, à un âge où les enfants sont dans des acquisitions importantes en termes de langage. Donc, avant même le déconfinement, certain·es ont développé des stratégies anticipatrices, fortement dépendantes de leur expérience, préparant les jeunes élèves à les voir avec le masque, par visioconférence ou par téléphone (Whatsapp).

(Enseignante de maternelle)

« Moi j'avais un masque, j'ai un masque tout le temps. On avait préparé un peu ça avant. On avait envoyé des petites vidéos avant où l'on était masquées. On leur avait envoyé des petites chansons, on leur avait dit que ce serait comme ça rigolo que l'on ait un masque, que l'on ne pourrait pas leur faire un câlin parce qu'on aurait un masque. Donc on l'avait envoyé aux enfants. Donc ils nous ont beaucoup vues en vidéo avec le masque, et puis on leur a dit que "Quand vous allez revenir, vous, vous pourrez jouer, mais nous on sera déguisées et on aura un masque". Et puis du coup, c'est passé tout seul. On avait mis un masque aux mascottes, on leur avait montré les mascottes (...). »

Cette stratégie, élaborée collectivement par l'enseignante et son ATSEM (agent·e territorial·e spécialisé·e des écoles maternelles)⁶⁴, a pu être efficace car elle mobilise anticipation, univers du jeu (déguisement) et complicité entre les élèves et leurs référents au sein de la classe.

⁶⁴ L'ATSEM est un·e agent·e territorial·e spécialisé·e des écoles maternelles qui seconde l'enseignant·e d'une classe maternelle tant sur le plan matériel qu'éducatif.

Le problème s'est posé d'une toute autre manière à la rentrée de septembre lorsque les enseignant·es ont accueilli de nouveaux élèves, en particulier celles et ceux qui venaient à l'école pour la première fois, ou des enfants allophones. Des entretiens ressortent des difficultés très importantes à gérer cette rentrée masquée : « C'est l'horreur ! »

(Enseignante maternelle)

« Travailler avec le masque en maternelle, c'est l'horreur parce que nous on a des petits qui ne parlent pas français, qui arrivent en première scolarisation. Ils ne sont jamais venus à l'école et c'est l'horreur parce qu'ils ont besoin de notre sourire, de nos yeux, de notre bouche pour nous comprendre et se sentir en sécurité. Donc ça pleure énormément, beaucoup plus que les autres années. Les masques, c'est très très dur ! Déjà nous, c'est déjà dur à supporter de respirer notre oxygène, en plus en début d'année scolaire il a fait très chaud dans la classe (34 °C), c'était l'horreur ! Tout le monde pleurait ! C'était très très compliqué. Et on perd toute la communication non visuelle qui nous est essentielle, quoi ! Et comme ils pleurent, on les console quand même ! Donc on est obligé d'avoir tout le temps le masque ! »

Ce verbatim indique toutes les déclinaisons des enjeux de santé qui trament l'activité avec le port du masque : pénibilité du port (respiration entravée, chaleur...), angoisse des enfants plongés dans un univers inconnu qu'il faut rassurer sans pouvoir le faire par le non-verbal, pénibilité des pleurs (nuisance auditive, échec de l'accueil), nécessité d'une proximité corporelle exposant au risque de contamination... Le poids de la prescription « porter le masque tout le temps » enferme dans d'impossibles dilemmes. Et les enseignant·es ne manquent pas de mettre en avant les empêchements que le masque génère dans leur travail, la gêne qu'il constitue dans la communication et la sécurisation des enfants, dans les apprentissages, l'ineptie que représente le travail avec le masque dans ce niveau scolaire. D'où des transgressions assumées que l'on peut identifier à différents moments de la journée qu'ils s'empressent de contextualiser. Ils les jugent indispensables, incontournables pour effectuer leur travail, quitte à prendre des risques du point de vue de leur santé en ne se protégeant plus des élèves sans masque⁶⁵. Il s'agit d'évaluer les risques en situation et d'arbitrer entre eux : celui de ne pas pouvoir travailler, celui d'une exposition à la contamination, de substituer au masque la distance spatiale... ; substituer la conformité au prescrit pour des savoir-faire de prudence. Cela témoigne

⁶⁵ Le masque pour les élèves n'est intervenu qu'en novembre 2020, et seulement dans les classes élémentaires. Auparavant aucun·e élève de l'enseignement primaire n'était tenu de porter un masque.

d'un travail de santé visant à la fois à protéger les élèves et à se protéger des élèves sans masque.

(Enseignante de maternelle)

« Quand je fais la carte des présents le matin dans la classe, j'ai ma photo sur la carte ; et quand j'ai demandé aux enfants qui c'était, personne ne m'a reconnue. Donc j'ai enlevé le masque, j'ai fait des sourires, je me suis montrée et je l'ai remis ; mais ils étaient loin de moi. En maternelle, on fait des comptines à gestes, qui nécessitent de faire des grimaces ou des onomatopées, on travaille sur la gestuelle : "on a deux yeux, on a un nez" : donc je les mets loin de moi et là je l'enlève parce que sinon je ne peux pas faire mes comptines si on ne me voit pas ! Les enfants ne se rendent pas compte de qui leur parle quand on est derrière le masque : si je raconte une histoire, déjà ils ne comprennent pas la langue, donc ils ont un bruit qui leur vient, ils ne savent pas d'où, et ils n'identifient pas l'enseignant comme étant la personne qui émet ce son. Et quand j'enlève le masque, que je les regarde, et que j'ai mes expressions du visage et tout ça, du coup ils me regardent et on peut avancer dans les chansons. Mais derrière le masque, ils ne savent pas que c'est moi qui parle en fait. Donc des fois, quand je suis loin, je l'enlève pour capter leur attention. »

Il s'agit non seulement de capter l'attention des élèves, mais de tenter de faire du « bon travail » malgré tout. Ces écarts au protocole s'avèrent encore plus indispensables pour l'apprentissage du langage qui est central en maternelle, mais également dans toutes les activités de phonologie en élémentaire.

(Enseignante d'élémentaire)

« Moi je suis peut-être dans l'illégalité, mais quand je fais de la phonologie, je l'enlève. Je ne peux pas. Je ne peux pas, ils ne m'entendent pas, ils ne me comprennent pas ! Donc je leur dis aux enfants : "je me mets au tableau, bien loin", je dis : "écoutez, je suis loin de vous, mais je baisse mon masque pour que vous puissiez voir mes lèvres", et puis voilà. Je le fais, et après je leur dis : "dès que je suis proche de vous, je le remets", et cætera. Ça passe bien, il n'y a pas souci, mais c'est nécessaire sinon c'est pas possible. Et puis là, ces derniers temps, j'ai beaucoup de maux de tête. Je pense que c'est dû au port du masque. Tous les jours, on a mal à la tête à la fin de la journée. Après, je ne sais pas trop leur pouvoir par rapport au virus. »

Si ces écarts à la règle s'imposent pour pouvoir réaliser un « bon travail » et répondent aux besoins des élèves, ils sont souvent vécus négativement, car ils imposent des sacrifices personnels par rapport à la santé, en l'occurrence ici en termes d'exposition à des risques de contamination. Ils montrent les limites des savoir-faire de prudence, mis au second plan dans la nécessité d'arbitrer entre qualité du travail et santé. Il n'y aurait donc pas chez les enseignant·es une prise de risques qui sous-entendrait une acceptation calculée des risques ; ce sont les exigences du métier qui les amènent à courir des risques plus qu'ils ne les prennent.

Cela questionne la pertinence des protocoles qui s'avèrent très déconnectés du réel de l'activité. L'absence de port du masque par les élèves, l'inadéquation des protocoles sanitaires au réel du travail (distanciation, gestion des cours de récréation et entrées-sorties des écoles) et la mauvaise qualité des masques mis à leur disposition par l'Éducation nationale dénoncée par les syndicats⁶⁶, entretiennent une insécurité certaine quant au risque d'attraper le virus.

En résulte un sentiment de colère largement partagé dans la profession vis-à-vis de l'institution, à la fois lié aux modalités d'informations des mesures scolaires, à l'accompagnement de l'activité dans cette période de pandémie, à l'insuffisance des mesures de protection mises en œuvre pour les enseignant·es, à l'absence de reconnaissance des efforts consentis et des risques encourus.

Cela est encore plus marqué chez les directeurs et directrices d'école, contraint·es de mettre en place des conditions de reprise et des protocoles allant à l'encontre de leurs convictions et de leur éthique professionnelle. Outre la surcharge de travail que cela a générée, l'absence de marges de manœuvre dans la mise en place des conditions de réouverture des écoles a créé une situation très anxiogène.

(Directrice d'une école)

« Moi j'étais très en colère que ce soit l'école qui reprenne en premier. Je n'étais pas contre le fait de reprendre ; mais le fait que l'école reprenne avant tout le reste, que l'on serve de *crash-test* à tout, avec des choses qui arrivent au dernier moment, j'étais... Oui, j'étais... J'étais dans des injonctions contradictoires permanentes et je n'étais

⁶⁶ Actualité syndicale du Syndicat National Unitaire des Instituteurs, Professeur des écoles et PEGC (SNUIPP) du 15 octobre 2020 : « Masques : de nouveaux risques ? » <https://www.snuipp.fr/actualites/posts/masques-de-nouveaux-risques>.

pas en accord avec tout ça. Et là, je me suis retrouvée dans les contradictions de ma position, c'est-à-dire que je suis directrice d'école, je n'ai pas le choix ! Il m'a fallu gérer un truc auquel je n'adhérais pas ! Et il a fallu non seulement le gérer mais le mettre en place et l'inventer ! Et l'inventer en respectant le plus possible un protocole qui... En plus, on était vraiment dans une situation où on ne savait rien ! »

Ils se sont retrouvés en dissonance cognitive et en situation de souffrance éthique, contraints de mettre en œuvre toute leur intelligence, leur subjectivité dans un dispositif qui allait à l'encontre de leurs conceptions de l'enseignement, des règles de métiers. Cela a participé à une réelle fragilisation de leur santé dans la phase de réouverture des écoles (crises de larmes, envie d'abandonner la fonction de direction). Comme le souligne Dejours⁶⁷, « le travail n'est pas seulement une activité, il est aussi un rapport social, c'est-à-dire qu'il se déploie dans un monde humain caractérisé par des rapports d'inégalité, de pouvoir et de domination ».

Conclusion

Le droit des travailleur·euses à la santé au travail apparaît difficile à faire respecter si l'on en croit différents indicateurs, dont les statistiques effarantes d'invalidité, par exemple. Des modifications législatives doivent contribuer à améliorer la situation (p. ex., reconnaissance de certaines maladies professionnelles, amélioration des mécanismes de prévention prescrits, etc.), mais risquent de ne pas s'avérer suffisantes ; une meilleure compréhension et prise en compte de la pluralité des normativités est nécessaire pour faire respecter ce droit à la santé au travail.

Les liens entre santé et travail sont complexes. Comprendre ces liens suppose de s'appuyer sur une théorisation de la santé, du travail et des liens qui les unissent. Le paradigme biomédical dominant réduit la santé au « silence dans les organes » : *a contrario*, la maladie n'existerait que si on peut en montrer des lésions dites objectives, mesurables. Or, pour citer Georges Canguilhem : « On comprend que la médecine ait besoin d'une pathologie objective, mais une recherche qui fait évanouir son objet n'est pas objective⁶⁸ ». Les normes biomédicales ne permettent pas de saisir la

⁶⁷ Christophe Dejours, « Subjectivité, travail et action », *La Pensée*, n°328, 2001, p. 7-19.

⁶⁸ Voir le texte d'Olivier Bézy pour une courte discussion autour de la formule de René Leriche, « La santé c'est la vie dans le silence des organes ». Olivier Bézy, « La santé c'est la vie dans le silence des organes », *La revue lacanienne*, 2009, 1 (3), p. 47-50. DOI : 10.3917/lrl.091.0047. URL : <https://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2009-1-page-47.htm>

complexité de la santé comme expression de l'existence humaine, notamment sur le plan de la santé mentale. L'autre paradigme dominant en matière de santé au travail, le *managérialisme*, partage cette obsession pour le mesurable, la quantophrénie. Il enjoint au « bien-être » en faisant de la santé un objectif de performance, de gestion ou un avantage concurrentiel pour attirer et retenir des employé·es. Dans un cas comme dans l'autre, on réduit la santé à ce qui observable et mesurable et on fait abstraction de l'expérience que les travailleur·euses font du travail, de leur agentivité, bref, de leur participation à la création de normes pour vivre et travailler ensemble, pour construire leur santé.

En définissant la santé comme pouvoir normatif éprouvé, on peut aisément entrevoir comment le travail, comme activité humaine, peut constituer un puissant vecteur de construction de la santé. *A contrario*, lorsque le travail tel qu'il est réalisé (ou doit être réalisé) empêche la création et l'expression du vivant, il peut mener à une dégradation majeure de la santé. Bref, la santé n'est pas un état, elle n'est pas donnée : elle fait, elle-même, l'objet d'un travail. Envisager le « travail de santé » ouvre notamment vers la prise en compte de l'interdépendance des sphères de vie. Cette théorisation, détaillée dans cet article, est susceptible d'aider, nous semble-t-il, à mieux comprendre comment se joue la santé dans le travail.

La période de COVID-19 que nous traversons, en bousculant fortement les conditions de travail, a permis de mettre la focale sur des vecteurs de santé qui sont souvent invisibles : l'importance des marges de manœuvre dans le travail, l'importance des collectifs de travail. Elle rend plus visible l'imbrication des sphères de vie, l'intersignification des conduites, ce « travail de santé » qui se joue à l'intersection des sphères de vie. Elle met en exergue les fragilités des modes d'organisation, les limites des processus de normalisation conçus en référence à une représentation parcellaire du réel du travail par les prescripteurs, réel du travail fait de variabilités – variabilités des systèmes de travail, variabilité intra et interindividuelle des travailleur·euses. Elle montre à quel point les normes, pensées dans un cadre habituel de travail, trouvent rapidement leurs limites dans un cadre inédit tel que la période de confinement, ce qui révèle, en creux, l'importance de la prise en compte de la normativité de l'activité dans la compréhension des enjeux de santé au travail. Elle met les projecteurs sur l'intelligence, la capacité à innover, la créativité, déployées par les salarié·es au quotidien pour tenter de répondre à des situations anormales, si souvent sous-estimées ou niées. Elle rend visible le travail de santé qui se joue de manière invisible dans le travail à la fois de manière individuelle et collective.

Mais ces régulations ont un coût pour la santé. Et l'on peut se questionner aujourd'hui sur les conséquences à long terme de cette crise sanitaire qui dure, qui met à l'épreuve et en tension, dans ses multiples rebonds, à la fois les travailleur·euses - leur santé, leur sécurité, leurs savoir-faire de métier – et les équipes.

De manière plus globale, cette crise met en évidence la nécessité de réfléchir, débattre et transformer les conceptions de la santé et du travail qui orientent les décisions politiques et institutionnelles⁶⁹.

⁶⁹ Par exemple, l'opposition ou la priorisation entre santé physique et santé mentale, la santé comme moyen ou comme finalité, la tendance à privilégier la survie du corps au détriment du vivant dans la vie, etc.